ITEM 281 : COLOPATHIE FONCTIONNELLE

Colopathie fonctionnelle = **trouble fonctionnel intestinal** = **syndrome de l'intestin irritable (SII)** : douleurs abdominales chroniques + trouble du transit (constipation, diarrhée ou alternance) + poussées douloureuses
Maladie bénigne. Affecte la qualité de vie. Problème de santé publique.
- Fréquent = 5 à 15%, 1/3 de sujet atteint consultent, prédominance féminine (2/1), diagnostic porté entre 30 et 40 ans
- Peut apparaître après une gastro-entérite aigu **(SII post-infectieuse)** ou après une poussée de MICI **(SII post-inflammatoire)**

Physiologie			- **Troubles de la motricité digestive** (inconstant, peu spécifique) : déclenchés par l'alimentation ou le stress - **Troubles de la sensibilité** (60% des malades) : perception pénible des phénomènes physiologiques normaux (distension intestinale par les gaz, contractions intestinales) ➙ sensibilisation des terminaisons sensitives pariétales, hyperexcitabilité des neurones de la corne postérieure, troubles de l'intégration des messages sensitifs du SNC - **Inflammation** et **microbiote** : état inflammatoire de bas grade, altération du microbiote, pullulation microbienne - **Troubles psychologiques** : névrose d'angoisse/phobique, état dépressif, événements de vie douloureux, stress
Diagnostic	**Clinique**	**Douleur abdominale chronique**	**> 3 mois et ≥ 1/semaine** : **spasmes**, en fosse iliaque (surtout gauche) ou hypogastrique, soulagée par l'émission de gaz/selles - Souvent matinale ou post-prandiale, **absente la nuit** - Intermittente : crises de quelques heures ou quelques jours - ↗ par le stress ou l'anxiété, ↘ par les périodes de repos (vacances) Parfois, douleur plus diffuse, brulure, quasi-continue, même la nuit
		Ballonnement	= De la **simple gêne** à la **tension permanente**, difficilement supportable
		Troubles du transit	= **Constant**, définit le phénotype clinique: - **Constipation** (SII-**C**) - **Diarrhée motrice** (SII-**D**) - **Alternance diarrhée-constipation** (SII-**A**)
		Autres signes fonctionnels	- Digestif haut : **dyspepsie, pesanteur épigastrique, satiété précoce, RGO** sans œsophagite - Extra-digestif (formes plus sévères) : **céphalées, myalgie, arthrite, asthénie, bouffées de chaleur, pollakiurie, dyspareunie, fibromyalgie**…
		A l'examen	- Douleur réveillée à la palpation abdominale, notamment des fosses iliaques - Segment colique douloureux en région sigmoïdienne (« corde colique ») - Abdomen plat contrastant avec la sensation pénible de ballonnement
		➙ Diagnostic évoqué si : - **Troubles digestifs chroniques**, sans AEG (sans amaigrissement) - **Avec examen clinique normal** - Evocateur : - **Intensité/polymorphisme du tableau contrastant** avec l'absence d'AEG et de signe clinique - **Contexte psychologique** : hypochondriaque, hystérique, anxieuse ou dépressive - **Influence du stress** et des événements sociaux et affectifs sur les symptômes	
	BB	**- NFS, CRP :** normaux ➙ explorations morphologiques en cas d'anomalie - En cas de diarrhées : **EPS, TSH, Ac anti-transglutaminase** (maladie cœliaque), **calprotectine** (MICI)	
	Paraclinique	**Coloscopie**	= **Dépistage de lésion organique** colique ou iléale terminale - En cas de diarrhée : **biopsies** (même en l'absence de lésion visible : **colite microscopique)** Indications : - ATCD familial de cancer ou d'adénome colorectaux - Age > 50 ans - Symptômes récents ou récemment modifiés - Résistance au traitement sympto - Signe d'alarme: hémorragie, anémie, anomalie clinique/biologique, amaigrissement
		Endoscopie haute	- **Si symptôme dyspeptique** : pesanteur épigastrique, sensation de digestion lente, nausées, satiété précoce, brûlures épigastriques - **Si diarrhée** (pour **biopsies duodénales**) : recherche d'**atrophie villositaire** ou de **giardiose**
		Tests respi au lactose	Pour confirmer une intolérance au lactose Ou pour identifier une pullulation microbienne intestinale.
		Echo/TDM	Aucun intérêt dans les formes typique de SII
		➙ Eliminer les causes organiques +++	

<table>
<tr><td rowspan="5">Prise en charge</td><td rowspan="2">Antalgiques</td><td>Anti-spasmodique</td><td>= Traitement de 1ère intention ; pas de supériorité face au placebo, perte d’efficacité avec le temps
- Citrate d’alvérine, mébévérine, bromure de pinavérium, trimébutine
- Phloroglucinol (Spasfon®) : traitement des accès douloureux paroxystiques</td></tr>
<tr><td colspan="2">- Pansements gastro-intestinaux : efficacité réelle non établie
- Médicaments agissant sur la sensibilité viscérale = antidépresseur tricyclique ou ISRS (escitalopram) à demi-dose : bénéfice réel chez certains patients, action en 10 à 15 jours</td></tr>
<tr><td>Régularisation du transit</td><td colspan="2">- Laxatifs : laxatif osmotique en 1ère intention (ceux à base de sucre peuvent majorer le ballonnement)
- Anti-diarrhéiques : lopéramide (opiacé) en 1ère intention</td></tr>
<tr><td>Régime alimentaire</td><td colspan="2">- RHD +++,: repas heures fixes, limiter la caféine et les boissons alcoolisées, évaluation de la tolérance des fibres/graisses/lactose, régime large sans exclusion
- Enrichissement en fibre : peut améliorer une constipation mais aggraver un ballonnement
- Régime (discuté) = éviction d’aliments identifiés comme facteur déclenchant : nutriments fermentescibles (FODMAP = fermentable oligo-, di-, monosaccharide et polyols) à l’origine d’un ballonnement, régime appauvrie en gluten en cas de diarrhée…
- Recherche d’allergie alimentaire : régime d’éviction possible, avec réintroduction en l’absence d’amélioration clinique nette > 4 semaines</td></tr>
<tr><td>Autres traitements</td><td colspan="2">- Traitement du ballonnement intestinal : aucun médicament n’a fait la preuve de son efficacité
- TTT agissant sur le microbiote = probiotique (intérêt clinique modeste), ABT non absorbé (rifaximine)
- Prise en charge psychologique : entretiens avec une psychologue, groupe de parole (Association des patients souffrant du syndrome de l’intestin irritable APSSII), voire psychiatre
- Médecine alternative : hypnose, relaxation, sophrologie, acupuncture, yoga, ostéopathie…</td></tr>
<tr><td>Stratégie thérapeutique</td><td colspan="2">- La relation médecin-malade joue une part importante : écoute, réassurance
- Antispasmodique et traitement de troubles du transit : en 1ère intention, parfois suffisant
- En cas de symptômes anciens, de stress psychologique ou d’événement de vie douloureux : traitement de 1ère intention transitoirement efficace → prise en charge psychologique, antidépresseur, anxiolytique</td></tr>
</table>